

Analisis Kelengkapan Catatan Rekam Medis Kasus *Tetralogy of Fallot* pada Implementasi INA-CBGs di RSPJN Harapan Kita

The Analysis Completeness Medical Record on INA-CBGs Implementation: Case Report Tetralogy of Fallot at Harapan Kita Hospital Year 2013

Indriwanto Sakidjan

Rumah Sakit Pusat Jantung Nasional (RSPJN) Harapan Kita
Jl . LetJend. S. Parman Kav. 87 Slipi Jakarta Barat

*Email: indriwntosa@gmail.com

ABSTRAK

Penelitian dengan menggunakan pendekatan kualitatif ini mengkaji ketidaktepatan pengisian catatan rekam medis dan ketidaktepatan melakukan koding dalam INA-CBG yang menyebabkan pelayanan menanggung risiko financial pada kasus *Tetralogy of Fallot* di unit Pediatrik Kardiologi dan Penyakit Jantung Bawaan RS Harapan Kita periode Januari-September 2013. Dengan hasil 21,4% kasus dengan diagnosis sekunder yang tidak lengkap dan selisih klaim Rp 251.273.615,00 (4%). Faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan isian rekam medik adalah: tanggung jawab, sarana, standar pelayanan operasional, pembinaan, pemantauan, dan sosialisasi. Saran untuk dilakukan peningkatan sarana dan prasarana fisik serta pengelolaan kebijakan seperti adanya SPO pengisian rekam medis, sosialisasi, pembinaan staf dan pemantauan secara berkala.

Kata Kunci: Kelengkapan, Catatan Rekam Medis, INA-CBGs, Perbedaan Klaim

ABSTRACT

This qualitative study discusses the inaccuracies on medical record entry charging, and inaccuracy on coding that caused provider bear the financial risk in the case of Tetralogy of Fallot in INA-CBG at the Pediatric Cardiology and congenital heart disease unit RS Harapan Kita from January-September 2013. This study showed that 21.4% of cases with incomplete secondary diagnosis and the difference between the claim of Rp 251.273.615,- (4%). Factors contributed incomplete secondary diagnoses are: responsibility, physical facilities, standard operating procedure of medical record, training, monitoring, and socialization. Therefore, it is recommended to improve: physical facilities, structure and infra-structure, standard operating procedure of medical record, socialization, training and monitoring at regular intervals.

Keywords: completeness, medical records, INA-CBGs, difference of claim

PENDAHULUAN

Berdasarkan Konsitusi dan Undang-Undang SJSN Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN), negara melalui Kementerian Kesehatan telah melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu melalui program nasional Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Jamkesmas merupakan bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi fakir miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh pemerintah dan dilaksanakan sejak tahun 2008.¹

Upaya untuk kendali biaya dan mutu, program Jamkesmas menggunakan sistem pembayaran pra-upaya dengan tarif paket yang dinamakan *Indonesia Diagnostic Related Group* (INA-DRG) untuk pelayanan di rumah sakit. Pada sistem ini, pemberi pelayanan kesehatan (PPK) akan menerima sejumlah imbalan yang besarnya sesuai dengan diagnosis penyakit apapun yang dilakukan terhadap pasien yang bersangkutan. Kemudian pada tanggal 1 Oktober 2010 sistem tarif INA-DRG ini diganti dengan sistem *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) sesuai

dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 686/Menkes/SK/VI/2010.

Pada sistem ini, pemberi pelayanan ikut menanggung risiko finansial apabila tidak efisien, tidak tepat dalam pengisian catatan rekam medis, dan tidak tepat dalam melakukan koding. Risiko finansial yang terjadi di antaranya yakni selisih kurang pada klaim. Hal ini juga dialami oleh RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita. Salah satunya adalah selisih klaim pada kasus *Tetralogy of Fallot* (TOF) di Unit Pediatrik Kardiologi dan Penyakit Jantung Bawaan.

TOF merupakan penyakit jantung bawaan biru yang paling banyak dijumpai, sebesar 65% dari seluruh penyakit jantung bawaan biru atau sekitar 4%-10% dari seluruh penyakit jantung bawaan.^{2,3} TOF merupakan kasus yang memerlukan modalitas prasarana yang besar. Tata laksananya sendiri meliputi aspek medikal dan bedah. Berdasarkan data yang ada, tindakan operasi pada TOF itu sendiri menduduki peringkat dua terbanyak di Unit Kardiologi Anak dan Penyakit Jantung Bawaan RSPJN Harapan Kita pada Tahun 2012 dengan 139 kasus operasi per tahun dan

kasus operasi per tahun dan sejumlah 215 kasus rawat selama periode Januari-September 2013.

Sementara itu, seiring dengan perjalanan penyakit dan intervensi yang dilakukan, terdapat beberapa komplikasi/penyakit penyerta baik dari penyakit TOF itu sendiri maupun penyakit komplikasi yang terjadi selama intervensi medical atau bedah berlangsung. Adapun komplikasi ini disebut dengan istilah diagnosis sekunder. Diagnosis sekunder turut menentukan tingkat severitas kasus TOF dan tingkat severitas kasus inilah yang akan mempengaruhi besarnya klaim yang diperoleh oleh RS. Oleh karena itulah, diduga selisih klaim yang terjadi disebabkan karena pengisian komponen-komponen rekam medis yang termasuk di dalamnya diagnosis sekunder, yang tidak lengkap.

Rekam medis merupakan berkas/dokumen penting bagi setiap instansi rumah sakit.⁴ Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan juga dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain kepada pasien.⁵ Rekam medis memiliki kegunaan yang sangat luas. Kegunaan rekam medis di antaranya sebagai dasar dalam pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, sebagai bahan pembuktian dalam hukum, sebagai bahan untuk kepentingan penelitian dan juga pendidikan, sebagai dasar pembayaran besaran biaya pelayanan kesehatan, sebagai bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan, memiliki fungsi komunikasi, sebagai dasar pemeliharaan kesehatan pasien yang berkesinambungan, serta sebagai rekaman bersejarah.

Syarat rekam medis yang bermutu yakni akurat, lengkap, dapat dipercaya, valid, tepat waktu, dapat digunakan, seragam, dapat dibandingkan, terjamin, dan mudah.⁶ Adapun utu rekam medis merupakan gambaran dari mutu pelayanan rumah sakit. Faktor-faktor yang mempengaruhinya terdiri dari faktor *input*, proses, *output*. Faktor *input* terdiri dari faktor manusia, faktor sarana dan prasarana, faktor pembiayaan, faktor metode.⁷ Faktor proses menyangkut semua kegiatan pencatatan dan proses evaluasi hasil pencatatan. Faktor keluaran (*output*) merupakan hasil dari *input* dan proses. Output yang diharapkan adalah mutu rekam medis yang baik yang dalam penelitian ini adalah kelengkapan rekam medis dalam implementasi INA-CBGs.

Sistem INA-CBGs merupakan implementasi sistem *case-mix* yang mengelompokkan pasien berdasarkan pada kemiripan karakteristik klinis dan juga homogenitas sumber daya yang digunakan. Sistem *Case-mix* ini mengukur kompleksitas dan intensitas, karena biaya rumah sakit berhubungan dengan jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan untuk merawat setiap pasien. Kelengkapan rekam medis pada sistem ini dilihat dari 14 variabel yakni identitas pasien, tanggal masuk RS, tanggal keluar RS, lama hari rawat (LOS), tanggal lahir, umur (th) ketika masuk RS, umur (hr) ketika masuk RS, umur (hr) ketika keluar RS, jenis kelamin, status keluar RS, berat badan baru lahir (gram), diagnosis utama, diagnosis sekunder, prosedur atau pembedahan utama. Diagnosis pada sistem ini menggunakan kode yang telah disepakati yakni *International Classification of Disease* (ICD). ICD 10 untuk kode penyakit dan ICD 9CM untuk tindakan atau operasi.

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk menganalisis faktor-

faktor yang berhubungan dengan ketidaklengkapan pengisian catatan rekam medis implementasi INA-CBGs dalam studi kasus *Tetralogy of Fallot* pada unit Pediatrik Kardiologi dan Penyakit Jantung Bawaan Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita periode Januari-September 2013.

METODOLOGI PENELITIAN

Peneliti menggunakan pendekatan kualitatif untuk menggali lebih dalam terkait pengisian rekam medis pada implementasi INA-CBGs serta manajemen dan pelaksanaannya di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita. Adapun penelitian ini dilakukan untuk melihat variabel kelengkapan rekam medis. Studi dilakukan terhadap dokumen rekam medis penyakit jantung anak *Tetralogy of Fallot* (TOF) pada Januari-September tahun 2013.

Penelitian dilakukan di RSJPD Harapan Kita Jakarta atas dasar tingginya studi kasus jantung anak TOF di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita sebagai rumah sakit rujukan. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh dokumen rekam medis kasus TOF pada Januari-September tahun 2013, yakni sebanyak 215 kasus. Teknik *quota sampling* digunakan dengan pertimbangan akan melihat seluruh kelengkapan dokumen rekam medis yang ada sesuai dengan jumlah kasus TOF.

Informan penelitian adalah setiap subjek yang terlibat dalam pengisian rekam medis dan koding dari INA-CBGs, termasuk di dalamnya adalah pimpinan, tenaga medis, dan petugas rekam medis. Penentuan informan dalam penelitian kualitatif berkaitan dengan bagaimana memilih informan yang dapat memberikan informasi secara adekuat dan dapat dipercaya sesuai dengan tujuan penelitian.⁸ Informan yang dipilih adalah semua pihak yang dianggap menguasai dan memiliki kemampuan untuk memberikan informasi secara akurat tentang topik yang diteliti. Adapun informan pada penelitian ini adalah:

1. Direktur utama sebagai pembuat kebijakan
2. 3 orang dokter spesialis jantung dan pembuluh darah sebagai DPJP
3. 1 orang dokter bedah toraks dan kardiovaskuler sebagai DPJP
4. Enam orang peserta program studi jantung dan pembuluh darah yang melakukan input diagnosis
5. Penanggung jawab tim samsat

Sumber data penelitian mencakup data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh langsung dari informan melalui wawancara mendalam secara terstruktur oleh pewawancara yang telah dilatih terlebih dahulu dengan menggunakan pedoman wawancara, alat perekam, serta diskusi fokus grup (FGD). Dalam pengumpulan data primer, terlebih dahulu disiapkan *informed consent* sebagai bukti tertulis permohonan izin narasumber dan sebagai dasar bagi peneliti dalam menjelaskan maksud dan tujuan dilakukannya penelitian, sehingga tidak terjadi kesalahpahaman antara kedua belah pihak.

Data sekunder diperoleh dari dokumen rekam medis sebanyak 215 dokumen kasus TOF selama Januari-September tahun 2013. Telaah dokumen rekam medis tersebut dilakukan dua kali dengan petugas (dokter) yang berbeda. Selain itu, peneliti juga melakukan telaah dokumen yang berhubungan dengan kebijakan INA-CBGs

di rumah sakit berupa peraturan-peraturan pemerintah pusat dan daerah, surat keputusan, surat edaran, dan dokumen-dokumen penting lainnya serta literatur yang terkait dengan penelitian ini.

Data-data dikumpulkan dengan menggunakan daftar tilik yang berisi catatan seluruh aspek yang diperlukan. Instrumen yang digunakan dalam penelitian kualitatif ini adalah wawancara, pedoman wawancara mendalam, pedoman untuk *Focus Group Discussion* (FGD), dan alat bantu rekam. Dalam penelitian ini, validasi data dilakukan dengan menggunakan triangulasi metoda, triangulasi data, dan triangulasi sumber.

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik analisis isi (*content analysis*) terhadap hasil penelitian yang telah disarikan dalam bentuk matriks dan triangulasi data. Selanjutnya, hasil penelitian dikaitkan dengan teori yang ada, peraturan-peraturan, dan kebijakan sebagai *evidence base* yang berkaitan dengan pengisian dan kelengkapan rekam medis. Hasil analisis data disajikan dalam bentuk narasi dan tabulasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Input

Tanggung Jawab Pelaksana

Dari hasil wawancara, diketahui dalam melaksanakan tugas sehubungan dengan pengisian rekam medis baik DPJP maupun PPDS yang merupakan pelaku utama, pada umumnya sudah mengetahui tugas dan tanggung jawabnya masing-masing.

Sarana

Sarana dalam pengisian rekam medis yang berkaitan dengan INA-CBGs terkendala dengan komputer sebagai sarana dalam meng-input diagnosis. Jumlah komputer pendukung yang ada saat dilakukannya penelitian adalah empat buah dan jumlah pasien pulang sekitar 8-10 pasien perhari. Komputer yang ada digunakan bersama dengan perawat dan petugas administrasi dalam menginput *biling*, walaupun dari IT sudah membuat alternatif melakukan *install* pada komputer jinjing milik pribadi (*laptop*) agar lebih mudah dan praktis, tetapi masih dirasakan kurang. Selain itu belum adanya panduan nama diagnosis yang sesuai dengan ICD 10 juga sangat mempengaruhi kelengkapan pengisian data rekam medis.

Standar Prosedur Operasional

Dari hasil wawancara mendalam dan juga FGD, diketahui bahwa telah ada kebijakan yang dikeluarkan oleh rumah sakit yang berupa pedoman dan SPO, walaupun SPO tersebut belum lengkap dan belum direvisi sejak tahun 2007 dan staf medis tidak atau belum mengetahuinya. Sementara dalam diskusi fokus grup dengan peserta program studi, mereka menyatakan belum membaca SPO tentang pengisian rekam medis yang berkaitan dengan INA-CBGs.

Sosialisasi

Sosialisasi tentang pengisian rekam medis maupun tentang INA-CBGs sangat kurang walaupun dikatakan dokter harusnya sudah tahu, baik itu DPJP maupun dokter peserta program studi. Program sudah ada, tetapi belum dijalankan sepenuhnya.

Proses Pembinaan

Kegiatan pembinaan dilakukan agar para dokter mengetahui kekurangan dalam pengisian rekam medis yang berkaitan dengan INA-CBGs, dan sejauh ini pembinaan tersebut masih belum berjalan.

Pemantauan

Proses pemantauan kelengkapan rekam medis dalam rangka implementasi INA-CBGs di RS Jantung Harapan Kita belum berjalan sebagai mestinya. Setelah berjalannya program menggunakan INA-CBGs, telah dibentuk tim yang bernama samsat yang terdiri dari berbagai unit.

Output

Evaluasi ketidaklengkapan catatan rekam medis pasien dalam implementasi INA-CBGs pada unit Kardilogi Pediatrik dan Penyakit Jantung Bawaan dengan menggunakan daftar tilik pada 14 *item* dengan membandingkan dengan resume medis terlihat pada Tabel 1.

Dari daftar tilik pengisian dengan 14 *item* rekam medis dalam implementasi INA-CBGs (Tabel 1), *item* 1 sampai dengan 10 ditemukan pada seluruh lembaran *item* (100%), kecuali *item* nomor 11 berat badan lahir (0%/tidak ada yang diisi), nomor 12 diagnosis utama terisi seluruhnya (100%), nomor 13 diagnosis sekunder terisi sebagian (82%), dan pada nomor 14 diagnosis tindakan atau prosedur terisi sebagian (89.3%). Terdapat 46 kasus (21%) yang perlu penambahan diagnosis sekunder dari 215 kasus yang dilakukan telaah.

Tabel 1. Hasil Analisis Kuantitatif Kelengkapan Rekam Medis dalam Implementasi INA-CBGs Januari-September 2013

Variabel	Kelengkapan			
	Diisi		Tidak Diisi	
	N	%	N	%
Identitas pasien (nama, nomor RM, dll)	215	100	0	0
Tanggal masuk RS	215	100	0	0
Tanggal keluar RS	215	100	0	0
Lama hari rawat (LOS)	215	100	0	0
Tanggal lahir	215	100	0	0
Umur (th) ketika masuk RS	215	100	0	0
Umur (hr) ketika masuk RS	215	100	0	0
Umur (hr) ketika keluar RS	215	100	0	0
Jenis kelamin	215	100	0	0
Status keluar RS (Outcome)	215	100	0	0
Berat badan baru lahir (gram)	0	0	215	100
Diagnosis utama	215	100	0	0

Tabel 1
Hasil Analisis Kuantitatif Kelengkapan Rekam Medis dalam Implementasi
INA-CBGs Januari-September 2013

Variabel	Kelengkapan			
	Diisi		Tidak Diisi	
	N	%	N	%
Diagnosis sekunder 1	178	82	47	18
Diagnosis sekunder 2	142	66	149	34
Diagnosis sekunder 3	74	34	141	66
Diagnosis sekunder 4	38	17	177	83
Diagnosis sekunder 5	20	9	195	91
Diagnosis sekunder 6	11	5	204	95
Diagnosis sekunder 7	2	0.9	213	99.1
Diagnosis sekunder 8	2	0.9	213	99.1
Diagnosis sekunder 9	1	0.4	214	99.4
Prosedur/pembedahan utama	192	89.3	23	10.7

Pada tabel nomor 2, terlihat ada 178 (82%) kasus mempunyai satu diagnosis sekunder dan hanya dua kasus yang mempunyai sampai 7 diagnosis sekunder. Kemudian, setelah dilakukan audit diagnosis sekunder berdasarkan telaah *resume* medis dan ditambahkan ke dalam daftar tilik, didapatkan 200 kasus (93%) mempunyai satu diagnosis sekunder dan 3 kasus (1.3%) mempunyai tujuh diagnosis sekunder.

Jumlah Kasus	Pra-Audit		Pasca-Audit	
	N	%	N	%
Diagnosis sekunder 1	178	82	200	93
Diagnosis sekunder 2	142	66	151	70
Diagnosis sekunder 3	74	34	83	38
Diagnosis sekunder 4	38	17	43	20
Diagnosis sekunder 5	20	9	25	11
Diagnosis sekunder 6	11	5	13	6
Diagnosis sekunder 7	2	0.9	3	1.3

Tabel 2. Frekuensi Diagnosis Sekunder

Pada *grouping* dalam INA-CBGs, dari 215 kasus didapatkan kasus dengan severitas I sebanyak 41.8% dan yang mempunyai severitas III sebanyak 17.7%. Kemudian, setelah dilakukan audit dengan telaah *resume* medis, didapatkan severitas satu menjadi 37.5% dan severitas tiga menjadi 20.4%. Bila dilihat dari perubahan, terdapat penurunan 4.3% pada severitas satu, kenaikan 1.6% pada severitas dua, dan peningkatan 2.7% pada severitas tiga (Tabel 3).

Tabel 4. Sepuluh Terbanyak Diagnosis Sekunder yang Tidak Diisi

Kode ICD 10	Diagnosis Sekunder	N	%
E87.8	Imbalans elektrolit	10	16.3
E87.2	Asidosis	4	6.6
J91	Efusi pleura	4	6.6
Q21.1	Defek Septum Atrium	3	4.9
Q25.0	Duktus Arteriosus Paten	3	4.9
Y60.0	Perdarahan pada saat operasi	3	4.9
D72.8	Kenaikan sel darah putih	3	4.9
Q25.7	Kelainan bawaan dari arteri pulmonal	3	4.9
J18.0	Bronchopneumonia	3	4.9
E88.0	Kelainan protein metabolisme	3	4.9
I97.1	Kelainan fungsi akibat operasi jantung	3	4.9
Lain lain		23	31
Total		64	100

Input

Tanggung Jawab Pelaksana

Dalam pengisian rekam medis pada Unit Pediatrik Kardiologi dan Penyakit Jantung Bawaan, yang paling berperan adalah peserta program studi dokter spesialis (PPDS) dan DPJP RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita yang merupakan RS pendidikan tipe A. Dalam standar prosedur operasional tentang pengisian rekam medis tahun 2007, tidak disebutkan untuk pengisian kolom diagnosis utama, sekunder, dan tindakan juga dalam hal tanggung jawab pengisian tidak disebutkan untuk masing masing kelompok. Namun, ternyata mereka mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pengisian rekam medis karena semua adalah dokter. Hal ini menunjukkan bahwa para dokter kurang memiliki motivasi untuk melaksanakan tanggung jawabnya.

Sarana

Untuk menunjang terlaksananya pengelolaan rekam medis, maka diperlukan tersedianya ruang kerja yang nyaman serta dukungan yang memadai seperti halnya alat tulis, dan komputer beserta perangkat lunaknya.¹⁰ Komputer yang berada di Unit Pediatrik Kardiologi dan Penyakit Jantung Bawaan digunakan bersama dengan ners dan petugas administrasi untuk pasien masuk, pasien rawat, dan pasien pulang dengan jumlah tempat tidur sebanyak 38 buah.

Sarana komputer dirasa tidak memadai karena harus bergantian dengan ners dan petugas administrasi dan belum adanya panduan nama diagnosis yang sesuai dengan ICD 10 dan ini mempengaruhi kelengkapan pengisian data rekam medis walaupun pihak rumah sakit sudah membolehkan komputer jinjing untuk di-*install* perangkat lunak untuk mengisi *resume* maupun kolom diagnosis. Dan ini terbukti kalau jumlah komputer meja hanya ada empat buah dengan beban pasien pulang 8-10 per hari.

Standar Prosedur Operasional. (SPO) adalah pedoman untuk melakukan pekerjaan. SPO tidak terwujud apabila hanya ditulis dengan rapi dan diletakkan di tempat yang mudah dijangkau dan dibaca, tetapi harus dilaksanakan dan dievaluasi. Di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, telah dibuat pedoman

pengelolaan rekam medis yang berisi antara lain SPO walaupun sejak tahun 2007 belum pernah dilakukan evaluasi dan revisi, tidak tertera tanggung jawab pihak PPDS maupun SMF, sosialisasi yang tidak optimal, tidak adanya evaluasi dokter maupun PPDS, serta hanya berdasarkan pengalaman dalam pengisian rekam medis.

Sosialisasi

Sosialisasi tentang kebijakan rekam medis maupun tentang INA-CBGS belum banyak dilakukan sehingga dokter staf maupun PPDS belum terpapar semuanya. Sosialisasi perlu dilakukan secara rutin dan pada semua pihak yang terkait termasuk para dokter staf, dokter PPDS, dan petugas lainnya. Tanggung jawab pimpinan rumah sakit adalah menyampaikan segala informasi yang memiliki relevansi dengan tugas pelayanan, dan pimpinan wajib melakukan pembinaan terhadap petugas kesehatan yang terkait dengan rekam medis serta pengetahuan dan keterampilan mereka.

Proses

Pembinaan

Di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, dibentuk tim samsat yang bertugas menangani klaim INA-CBGS yang didalamnya terdiri dari gabungan rekam medis, BPJS, dan tim keuangan yang bertanggung jawab langsung kepada direktur keuangan dan kemudian ke direktur utama sehingga secara hierarki mempermudah pembinaan oleh pimpinan.

Pemantauan

Di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, dibentuk tim yang dibentuk awal tahun 2014 disebut dengan tim samsat yang terdiri dari staf keuangan, staf rekam medis, dan staf BPJS yang bertanggung jawab atas kelengkapan catatan rekam medis sesuai kebutuhan INA CBGs. Agar pengisian diagnosis utama, sekunder, dan diagnosis tindakan dapat terisi dengan baik dan benar, sebaiknya setelah melalui verifikasi internal dan akan direvisi, sebaiknya diberikan kepada SMF dalam hal ini DPJP agar dapat mengoreksi diagnosis tersebut sehingga mendapatkan *group* INA-CBGS yang benar.

Dalam struktur organisasi RSJPD Harapan Kita dimana terdapat beberapa komite, salah satunya Komite Mutu dan Manajemen Risiko yang dituangkan dalam SK Direktur Utama No. OT.02.03/II/0394/2012 yang membawahi subkomite-subkomite di mana salah satunya adalah subkomite rekam medis dengan tugas pokok yakni menilai mutu dari catatan maupun isi rekam medis, sehingga komite mutu memiliki tanggung jawab dalam rangka melakukan pemantauan dan perbaikan atas mutu rekam medis.

Output

Dari hasil analisis pada area keluaran dengan melakukan telaah terhadap ketidaklengkapan rekam medis dalam implementasi INA-CBGS di Unit Kardiologi Anak dan Penyakit Jantung Bawaan RSJPDarah Harapan Kita Jakarta, didapatkan fakta bahwa dari 215 kasus yang ditelaah rekam medisnya dengan sistem *resume*, 46 kasus di antaranya (21,4%) mengandung penambahan diagnosis sekunder. Didapatkan hasil bahwa dari 14 *item*, terdapat dua *item* yang tidak diisi lengkap, yaitu *item* berat badan lahir, tidak terisi semua (100%) dan diagnosis tindakan terisi 192 kasus (89%). Ini

dapat dijelaskan bahwa dalam SPO pengisian dari *item* INA-CBGS, tertulis untuk berat badan lahir itu berpengaruh bila umur pasien pada saat masuk mendapatkan pelayanan kurang atau sama dengan 7 hari, sedangkan umur seluruh pasien pada penelitian ini lebih dari 7 hari, sedangkan untuk diagnosis tindakan hanya terisi 89%, ini disebabkan pengumpulan kasus pada penelitian ini adalah dengan diagnosis utama *Tetralogy of Fallot*, dimana pasien masuk untuk perawatan saja atau perawatan dan tindakan operasi dan terlihat bahwa 11% dari total pasien hanya mendapatkan perawatan medis saja, bukan untuk tindakan operasi. Di samping itu, hasil audit menunjukkan bahwa persentase kasus dengan 1-3 diagnosis sekunder adalah 93-38% dan jumlah kasus dengan lebih dari 3 diagnosis sekunder ialah sebesar 20-1,3%, dan mempunyai selisih klaim mencapai Rp 251.273.615,00 atau sekitar 4%. Mengenai severitas, sebelum dilakukan audit mayoritas kasus severitas satu dan setelah dilakukan audit mayoritas menjadi severitas II diikuti dengan severitas I kemudian severitas III. Untuk sebuah rumah sakit tingkat tersier, komposisi yang ideal adalah severitas II kemudian III dan selanjutnya severitas I. Ini mencerminkan alur rujukan belum berjalan dengan benar.

KESIMPULAN DAN SARAN

Ketidaklengkapan catatan rekam medis yang berakibat pada selisih klaim disebabkan oleh berbagai faktor yakni kurangnya tanggung jawab DPJP dan PPDS dalam mengisi rekam medis, terbatasnya jumlah komputer yang digunakan untuk melengkapi data rekam medis dan tidak adanya petunjuk kode ICD-10 yang terletak dekat dengan komputer, SPO pengisian rekam medis yang belum juga direvisi sejak tahun 2007, tidak optimalnya diseminasi informasi, serta pembinaan dan pemantauan terkait pengisian rekam medis yang belum efektif.

Dari 215 kasus yang ditelaah, 21,4% di antaranya adalah kasus dengan diagnosis sekunder yang tidak lengkap. Oleh karena tidak lengkapnya pengisian diagnosis sekunder tersebut, terdapat selisih klaim sebesar Rp 251.273.615,00 (4%).

Dapat melakukan pengisian rekam medis dengan lengkap menjadi tantangan bagi rumah sakit pada umumnya serta Unit Pediatrik Kardiologi dan Penyakit Jantung Bawaan RSPJN Harapan Kita pada khususnya. Untuk mewujudkannya diperlukan perbaikan di berbagai faktor yang meliputi: menambah jumlah komputer untuk pengisian rekam medis, membuat daftar penyakit/diagnosis sesuai dengan ICD 10 yang diletakkan di dekat komputer pengisian, mengaktifkan dan juga mengefektifkan kinerja komite mutu dan subkomite rekam medis, merevisi SPO tentang kriteria setiap *item* dalam INA-CBGS, serta mensosialisasikannya kepada staf medis dan peserta program studi dokter spesialis secara berkala.

DAFTAR RUJUKAN

1. Bina Upaya Kesehatan Dasar (BUK) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Bulletin BUK* dalam <buk.depkes.go.id/index.php?option=com>. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
2. Park MK. (2008). *Tetralogy of Fallot in Paediatric Cardiology for Practitioner*, 5th ed. St.Louis: Mosby.

3. Driscoll, DJ. (2006) *"Right-to-Left Shunt" in Fundamentals of Pediatric Cardiology 1st ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 90-119.
4. Hatta G.R. (1989). *Rekam Medis dalam Praktik Dokter Keluarga* Jakarta: Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia.
5. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medik /Medical Record*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
6. Hatta, G. R. (1993). *Peranan Rekam Medik dalam Tanggung Gugat Praktek Profesional Tenaga Medik* dalam Laporan Rakernas I dan Kumpulan Makalah Seminar Nasional I & Rapat Kerja Nasional I 1993. Jakarta: PORMIKI.
7. Huffman E.K. (1994). *Health Information Management*. Illinois: Physician's Record Company.
8. Saryono, Anggraeni. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam bidang Kesehatan. Ed 1*. Yogyakarta: Nuha Medika Yogyakarta.
9. Moleong L. (2006). *Metodologi Penelitian Kualitatif. Ed 22*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Bandung.
10. Ilyas, Y. (2000). *Perencanaan SDM Rumah Sakit: Teori, Metoda dan Formula*. Depok: Pusat Kajian Kesehatan FKM Universitas Indonesia.
11. Sakidjan, Indriwanto. (2013). *Analisis Kelengkapan Catatan Rekam Medis Kasis Tetralogy of Fallot pada Implementasi INA-CBGs di RSPJN Harapan Kita*.